

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

400

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Juillet 1906, à 1 heure

PAR

B.-A. KASANSKY

Née à Epiphar (Gouvernement de Toula) le 1^{er} Août 1873

~~~~~

# Atrésie Cicatricielle du Col de l'Utérus Consécutive à l'Accouchement

*Président : M. PINARD, professeur*

Juges { MM. KIRMISSON, professeur  
BROCA (AUG.), agrégé  
LEPAGE, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les  
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**BONVALOT-JOUVE**

15, RUE RACINE, 15

—  
1906

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                     |   |               |
|---------------------------------------------------------------------|---|---------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                  |   | M. DEBOVE.    |
| <b>Professeurs</b> .....                                            |   | MM.           |
| Anatomie .....                                                      |   | P. POIRIER.   |
| Physiologie .....                                                   |   | CH. RICHET.   |
| Physique médicale .....                                             |   | GARIEL.       |
| Chimie organique et Chimie minérale .....                           |   | GAUTIER.      |
| Histoire naturelle médicale .....                                   |   | BLANCHARD     |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                         |   | BOUCHARD      |
| Pathologie médicale .....                                           | } | HUTINEL.      |
|                                                                     |   | BRISSAUD.     |
| Pathologie chirurgicale .....                                       |   | LANNELONGUE   |
| Anatomie pathologique .....                                         |   | CORNIL.       |
| Histologie .....                                                    |   | MATHIAS DUVAL |
| Opérations et appareils .....                                       |   | SEGOND.       |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             |   | POUCHET.      |
| Thérapeutique .....                                                 |   | GILBERT.      |
| Hygiène .....                                                       |   | CHANTEMESSE   |
| Médecine légale .....                                               |   | BROUARDEL     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    |   | DEJERINE.     |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          |   | ROGER.        |
| Clinique médicale .....                                             | } | HAYEM         |
|                                                                     |   | DIEULAFOY.    |
|                                                                     |   | DEBOVE        |
|                                                                     |   | LANDOUZY.     |
| Maladies des enfants .....                                          |   | GRANCHER.     |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale ..... |   | JOFFROY.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               |   | GAUCHER.      |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      |   | RAYMOND       |
| Clinique chirurgicale .....                                         | } | LE DENTU.     |
|                                                                     |   | TERRIER.      |
|                                                                     |   | BERGER.       |
|                                                                     |   | RECLUS.       |
| Clinique ophtalmologique .....                                      |   | DE LAPERRONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....                     |   | GUYON.        |
| Clinique d'accouchements .....                                      | } | BUDIN.        |
|                                                                     |   | PINARD.       |
| Clinique gynécologique .....                                        |   | POZZI         |
| Clinique chirurgicale infantile .....                               |   | KIRMISSON.    |
| Clinique thérapeutique .....                                        |   | A. ROBIN.     |

## Agrévés en exercice.

MM.

|               |           |           |                   |
|---------------|-----------|-----------|-------------------|
| AUVRAY        | DESGREZ   | LAUNOIS   | POTOCKI           |
| BALTHAZARD    | DUPRE     | LEGRY     | PROUST            |
| BRANCA        | DUVAL     | LEGUEU    | RENON             |
| BEZANCON      | FAURE     | LEPAGE    | RICHAUD           |
| BRINDÉAU      | GOSSET    | MACAIGNE  | RIEFFEL (chef     |
| BROCA (ANDRÉ) | GOUGET    | MAILLARD  | des travaux anat. |
| CARNOT        | GUIART    | MARION    | TEISSIER          |
| CLAUDE        | JEANSELME | MAUCLAIRE | THIROLOIX         |
| CUNEO         | LABBE     | MERY      | VAQUEZ            |
| DEMEIN        | LANGLOIS  | MORESTIN  | WALLICH           |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

AD PERPETUAM MEA PATRIA MEMORIAM



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

# Atrésie Cicatricielle du Col de l'Utérus

## CONSÉCUTIVE A L'ACCOUCHEMENT

---

### INTRODUCTION

Procéder à l'accouchement sans danger  
pour la mère et avec le minimum de  
traumatisme pour l'enfant tel doit  
être l'idéal de l'accoucheur.

PINARD.

Dans le cours de nos études médicales, et principalement durant notre stage spécial dans le service d'accouchements de la clinique Baudelocque, nous fûmes à même de voir un cas intéressant et heureusement rare d'atrésie dite acquise.

Avant d'aborder ce sujet nous avons cru utile de dire tout de suite que le nom d'atrésie ( $\alpha$  privatif  $\tau\rho\gamma\lambda\omicron$  trou) est justement appliqué dans le cas qui nous intéresse. En effet, ce mot, dont on voit plus haut la signification en grec, ne doit être appliqué

qu'à l'occlusion complète d'un orifice qu'elles qu'en soient les causes, et non pas à tous les rétrécissements ou obstructions incomplètes, comme on le voit dans certains auteurs.

Revenant dans notre pays, nous quittons la France en en gardant un excellent souvenir.

Nous sommes heureux d'exprimer tout notre reconnaissance à nos maîtres.

M. le professeur Pinard a bien voulu accepter la présidence de notre thèse inaugurale, qu'il nous permette de lui exprimer toute notre respectueuse gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli. Nous sommes heureux et fier d'avoir été l'élève d'un tel maître et nous emportons le meilleur souvenir de son enseignement si pratique et si clair que les difficultés semblent ne plus exister.

Nous adressons ici nos remerciements les plus sincères à son chef de clinique, M. le Dr Sauvage, qui nous a suggéré ce travail et nous a donné les conseils dans notre étude d'accouchements avec une bienveillance extrême.

Nous tenons à venir apporter un témoignage de profonde reconnaissance à tous ceux qui nous ont dirigé pendant nos années d'études, soit à la Faculté, soit dans les hôpitaux de Paris, sans oublier MM. les professeurs de la Faculté des Sciences qui ont bien voulu nous juger digne du diplôme des Sciences Physiques, Chimiques et Naturelles.

Ayant commencé nos études médicales en Russie,

nous serons également heureux de dédier ce modeste travail à nos anciens maitres de l'Ecole d'aide de médecine du gouvernement de Toula.



## CHAPITRE I

### Des cicatrices de l'utérus consécutives à l'accouchement

---

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il nous paraît indispensable de résumer les notions qui sont actuellement admises au sujet des modifications anatomiques subies par le col du fait de l'accouchement.

Mais n'ayant en vue dans ce chapitre que de préciser la place qui doit revenir à l'atrésie parmi diverses modifications du col, nous nous bornerons à esquisser l'étude des résultats habituels de l'accouchement, au point de vue de la perméabilité du canal cervical et accessoirement de la répartition du tissu cicatriciel dans le col, c'est-à-dire, que nous passerons volontairement sous silence les autres modifications concomitantes subies par le col, au point de vue de sa forme, de ses dimensions, de sa structure, etc.

En nous plaçant au point de vue que nous venons d'indiquer nous arrivons à distinguer deux catégories de faits : dans la première, nous rangerons les modifications de perméabilité qui sont de beaucoup le plus souvent observées et que nous disons norma-

les, dans la seconde, nous rassemblerons les cas rares et anormaux.

### I. — *Ce qui est normal*

Le premier accouchement s'accompagne presque toujours d'une déchirure du col utérin, exception faite des cas où l'enfant est très petit ou expulsé mort et macéré, après une période plus ou moins prolongée de rétention. Le fait que nous venons d'énoncer est d'une portée très générale.

Cette déchirure du col au cours du premier accouchement est si commune, que les accoucheurs expérimentés sont surpris d'en constater l'absence lorsqu'ils pratiquent le toucher chez une femme qui se dit enceinte pour la seconde fois.

Inversement, il est tellement exceptionnel de trouver une déchirure du col, relevant d'une cause autre que l'accouchement, que l'on doit rester sceptique lorsque l'on est amené à en constater l'existence chez une femme qui prétend n'avoir jamais eu d'enfant. La paroi abdominale, le périnée, les seins peuvent ne plus porter aucune trace d'une puerpéralité antérieure, mais le col présente habituellement une trace indélébile et presque toujours caractéristique. C'est au col que le médecin doit chercher pour savoir si l'utérus a fait campagne.

« Les grossesses usent le col », répète-t-on depuis Cazeaux, et, de fait, la saillie du museau de tanche

dans la cavité vaginale diminue à mesure que les accouchements se succèdent : mais ce qui nous intéresse surtout, c'est qu'habituellement les déchirures deviennent en même temps de plus en plus nombreuses. Il est fréquent que le premier accouchement ne laisse après lui qu'une déchirure siégeant habituellement sur la commissure gauche et après le quatrième ou cinquième accouchement.

« Les échancrures sont quelquefois si nombreuses qu'elles divisent la lèvre en six ou huit petits tubercules séparés par des sillons plus ou moins profonds. » (Cazeaux).

Ces déchirures ont une extension variable. Sans vouloir entrer dans des classifications toutes théoriques, nous nous contenterons de dire que tantôt elles se présentent sous l'aspect de simples encoches, et tantôt elles remontent plus ou moins loin vers l'insertion du vagin, qu'elles peuvent même atteindre dans les cas extrêmes.

Mais il est une notion importante, c'est que *les déchirures communes du col ne dépassent pas l'insertion vaginale.*

Les bords de ces déchirures présentent des caractères également différents. Suivant les cas, ils sont souples, tapissés de muqueuse ou bien cicatriciels, durs et fibreux.

Depuis 1869, et en Amérique particulièrement, des gynécologues ont donné une importance considérable à ces cicatrices du col.

Emmet a décrit avec détails cette cheville, ce clou

cicatriciel fait de la réunion, par du tissu fibreux, de la partie haute des bords de la déchirure.

Il a même voulu y voir le point de départ de la maladie chez plus de la moitié des femmes qui présentent des accidents d'origine utérine à la suite de leurs accouchements.

L'exagération évidente de l'interprétation mise à part, ce fait n'en est pas moins intéressant à retenir, car il montre la grande fréquence de cicatrices cervicales étendues chez les femmes qui ont eu des enfants.

Que les déchirures cervicales aient des bords souples ou cicatriciels, *la perméabilité du canal cervical reste normale.*

C'est le point le plus important pour nous. Lorsqu'il y a eu plusieurs grossesses, le canal cervical et l'orifice externe en particulier peuvent même présenter des dimensions supérieures à la normale. C'est chez les femmes que « l'orifice du museau de tanche est assez ouvert pour que l'extrémité du doigt quelquefois même la moitié de sa partie unguéale puisse s'y introduire » (Cazeaux).

Cette perméabilité du canal cervical exagérée par l'accouchement est bien mise en relief par l'examen clinique au cours de grossesses ultérieures. En pratiquant le toucher on peut sans difficulté introduire la pulpe de l'index jusqu'à l'orifice interne. Constatation que ne manquaient jamais de faire les anciens accoucheurs, mais qui est toujours à rejeter à l'heure

actuelle à cause du danger qu'elle comporte de provoquer prématurément le travail.

En résumé : *normalement l'accouchement augmente la perméabilité du canal cervical.*

## II. — *Ce qui est anormal*

Le canal utéro-vaginal peut se diviser en deux parties : une portion supérieure contractilée, qui joue le rôle actif pendant le travail et détermine l'expulsion du fœtus ; une partie inférieure dont les parois sont relativement pauvres en éléments musculaires et se laissent distendre passivement par l'accouchement : « la partie flasque du canal utéro-vaginal », suivant l'expressive dénomination de Commandeur.

La partie supérieure est formée par le corps de l'utérus. La partie inférieure par le segment inférieur, le col et le vagin.

Les déchirures de l'utérus pendant le travail ne s'observent que dans la partie inférieure du canal utéro-vaginal ; mais dans des régions variables.

Presque toujours, la déchirure se cantonne dans la partie vaginale du col et aboutit à la formation des petites fissures à bords souples ou cicatriciels que nous avons vu courir en rayonnant de l'orifice utérin vers l'insertion vaginale.

Dans des cas très rares, il se produit un éclatement du segment inférieur se propageant en haut vers le corps de l'utérus et en bas vers le vagin. C'est la

rupture classique de l'utérus, accident très grave, dont nous n'avons point à nous occuper.

Mais il arrive que la déchirure du segment inférieur ne prenne pas l'extension considérable que nous venons d'indiquer et ne revête pas l'allure clinique dramatique qui lui est habituelle.

Il y a des fissures qui partent de l'orifice utérin et remontent vers l'insertion vaginale, comme les déchirures banales du col, mais au lieu de s'arrêter à la paroi vaginale, elles se propagent à toute la hauteur de la partie sus-vaginale et au segment inférieur.

Cette variété de déchirures s'accompagne de complications de deux ordres, les unes immédiates, les autres lointaines.

Comme conséquence immédiate, signalons l'hémorragie, sur laquelle M. Lepage en particulier a attiré l'attention et qu'il a conseillé de combattre par une suture de la déchirure du col faite par le vagin.

De plus ces fissures, dont l'importance a été particulièrement signalée par Hofmeier déterminent la production de tissu cicatriciel dans la paroi du segment inférieur et le prédisposent gravement à la rupture au cours d'un accouchement ultérieur.

Les déchirures amorcées sur la portion vaginale du col s'étendent fréquemment au delà de la limite physiologique et se continuent dans l'épaisseur de la paroi vaginale. Leur multiplicité et leur irrégularité peuvent entraîner une conséquence importante.

Après cicatrisation toute une partie du canal vaginal est devenue bien moins extensible qu'à l'état normal.

Pendant un accouchement ultérieur, ces cicatrices cervico-vaginales peuvent éclater sous l'influence de la distension qu'elles subissent pendant l'expulsion ou l'extraction de l'enfant.

Il y a là un danger assez considérable pour devoir influencer le choix de l'accoucheur, lorsque certaines circonstances le mettent dans l'obligation de choisir la voie basse ou la voie haute pour extraire l'enfant : la symphyséotomie ou l'opération césarienne. Plusieurs fois, nous avons vu M. Pinard préférer la césarienne à la symphyséotomie chez des femmes à bassin étroit, parce que les accouchements antérieurs avaient nécessité des interventions instrumentales laborieuses, suivies de déchirures étendues des parties molles et avaient entraîné secondairement la production de cicatrices étendues. Après la section du pubis l'agrandissement du bassin aurait facilement pu être porté à un degré suffisant pour permettre l'extraction de l'enfant, mais les cicatrices vaginales avaient pu se rompre à ce moment, et se propager à l'urètre, au segment inférieur, etc.

Bien que n'ayant à nous occuper que de l'atrésie du col, nous croyons intéressant de rapporter ici deux observations de M. Polaillon dans lesquelles l'accouchement fut suivi d'une sténose du vagin, incomplète dans un cas, complète dans l'autre. Ces cas sont en effet à rapprocher de ceux qui nous occupent.



## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

(D<sup>r</sup> Polaillon)

*Oblitération cicatricielle du vagin à la suite d'un accouchement. — Rétention des règles dans une des trompes. — Opérations. — Guérison.*

L... (Georgette), âgée de vingt et un ans, culottière, entrée le 23 septembre 1896, raconte qu'elle a été accouchée à la Maternité, le 24 mai précédent; que son accouchement a été naturel et que les suites de couches ont été normales.

Au bout de huit jours, le chef de service lui fit un écouvillonnage parce que la température avait monté. Mais elle n'a pas entendu dire qu'elle ait eu de la gangrène du vagin. Le retour de couches n'est pas venu et depuis l'accouchement, il n'y a plus de règles. Mais au moment des règles elle souffre dans le ventre.

Par le toucher, je constate que le vagin se termine en cul-de-sac à 4 centimètres en arrière de la vulve, et que, dans le fond de ce cul-de-sac, la muqueuse est indurée comme par une cicatrice. Au-dessus de ce vagin très raccourci, je sens une tumeur arrondie, élastique, qui paraît être le corps de l'utérus distendu par le sang des règles.

Le toucher rectal fait reconnaître cette même tumeur, mais n'apprend rien de nouveau.

Avec le spéculum je vois, dans le fond du cul-de-sac vaginal, un petit pertuis qui n'admet pas l'extrémité de l'hystéromètre.

J'insiste auprès de la malade pour savoir si on ne lui a pas pratiqué une opération au moment de son accouchement. Elle répond négativement à toutes mes questions.

Son accouchement a été naturel et s'est terminé sans chloroformisation.

Il s'agit donc d'une oblitération cicatricielle de la partie supérieure du vagin, et cette oblitération aurait été produite par la cicatrisation d'une plaie qui n'a pas eu pour cause un accouchement dystocique. Les renseignements que mon interne a pris à la Maternité ont confirmé le dire de la malade, à savoir que son accouchement n'avait pas nécessité l'emploi du forceps ni d'un autre instrument.

1<sup>er</sup> octobre. — La malade ne souffrant pas et n'étant pas gênée par sa malformation vaginale, retourna chez elle.

11 novembre. — Elle rentre dans le service pour des douleurs abdominales, devenues très intenses.

La tumeur qui surmonte le vagin est presque aussi grosse que le poing. Elle est douloureuse à la pression.

La malade se décide à subir une opération qui consistera à ouvrir cette cavité et à rétablir le vagin.

16 novembre. — Chloroformisation. L'incision du cul-de-sac vaginal donne issue à une grande quantité de liquide filant, couleur chocolat, qui n'est autre chose que du sang altéré.

Lavage de la cavité avec l'eau phéniquée chaude.

En agrandissant l'incision avec un bistouri, j'ouvre une seconde cavité, d'où sort un liquide jaune comme du pus.

Au fond de cette nouvelle poche je sens le col de l'utérus.

Il en résulte que la première cavité ouverte était très probablement une hématosalpinx, ou le sang des règles s'accumulait et que la seconde cavité était la partie supérieure du vagin remplie par un liquide muco-purulent.

Particularité remarquable, le sang des règles ne s'épanchait pas dans le vagin par le col de l'utérus, dont je n'ai pas vérifié la perméabilité, mais dans la trompe dilatée.

Après avoir fait les incisions nécessaires pour rétablir le calibre du vagin, ce conduit fut bien lavé et bourré avec des mèches de gaze iodoformée.

Le même pansement est renouvelé tous les deux ou trois jours. Aucune fièvre.

29 novembre. — L'opérée rentre chez elle.

Le vagin a sa longueur normale. Son fond est granuleux. La communication avec la poche sanguine est cicatrisée.

Les injections antiseptiques devront être continuées.

11 décembre. — Examinée au spéculum on voit le col de l'utérus au fond du vagin, qui tend à se rétrécir. Elle va très bien, ne souffre pas et n'a pas ses règles.

Depuis lors, elle n'a pas été revue.

## OBSERVATION II

(D Polaillon)

*Rétrécissement cicatriciel du vagin à la suite d'un accouchement dystocique. — Incision et dilatation forcée. — Guérison.*

Le 18 décembre 1898, un confrère de la province, le D<sup>r</sup> Ber-

nard. de Voisey, m'adresse Ch... (B), paysanne de vingt-trois ans, pour un rétrécissement du vagin consécutif à une craniotomie.

L'accouchement datait de plusieurs mois. Le retour de couches était venu au bout du temps ordinaire et, depuis lors, les règles se montraient tous les mois.

Le vagin se termine, à 3 ou 4 centimètres de la vulve, par un cul-de-sac, au fond duquel il est très difficile de trouver un petit orifice qui admet avec peine un stylet de trousse. Une fois cet orifice franchi, le stylet se meut librement dans une cavité qui ne peut être que la partie supérieure du vagin. Le conduit vaginal est donc fermé à son tiers inférieur par un diaphragme cicatriciel, qui lui donne la forme d'un sablier. Par le rectum on sent manifestement l'utérus à sa place normale.

20 décembre. — La malade étant anesthésiée, je me guide sur le stylet pour inciser le fond du vagin, j'introduis l'index dans l'incision et je débride, à droite et à gauche, avec un bistouri boutonné, la cloison cicatricielle.

Je complète l'opération par la dilatation forcée du vagin avec un dilateur mécanique.

Pansement à la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent très simples. Le 22 juin 1899, le Dr Bernard m'écrit que Ch... (B) est satisfaite du résultat de l'opération. Elle se porte bien. Ses règles sont normales.

Pendant les rapports sexuels, le mari sent qu'il ne peut s'introduire complètement et que le membre viril vient heurter contre un obstacle situé à environ 8 centimètres de profondeur. Cet obstacle ne peut être autre chose qu'une cicatrice au niveau de la portion du vagin que j'ai incisée et dilatée.

## CHAPITRE II

### Des causes de l'atrésie du col après l'accouchement

---

L'atrésie du col, qui survient après l'accouchement, reconnaît-elle une étiologie particulière ? Y a-t-il des causes spéciales pour expliquer que les cicatrices du col peuvent aboutir à une occlusion complète du canal cervical ?

Nous ne le pensons pas ! Il n'y a certainement là qu'une question de degré, et la production des cicatrices du col reconnaît toujours les mêmes causes : indépendamment des conséquences qu'elles entraînent : persistance et même accroissement de perméabilité du col, cas ordinaires, atrésie du col, cas tout à fait exceptionnels.

#### § 1. *De l'influence de l'étendue des déchirures du col*

Il est d'abord un premier point sur lequel nous n'avons guère à insister, c'est que l'étendue de la cicatrice cervicale, est fonction de l'étendue de la plaie à laquelle elle succède.

Cette proposition, qui n'a besoin d'aucune preuve particulière, comporte des conséquences des plus intéressantes sur lesquelles nous devons au contraire insister.

Les grandes déchirures du col s'observent plus souvent à la suite des interventions obstétricales qu'à la suite des accouchements spontanés. On les rencontre spécialement après les applications de forceps laborieuses ; et sous ce rapport les applications sur la tête, au-dessus du détroit supérieur sont particulièrement dangereuses.

On rencontre aussi les grands délabrements du col, après la version par manœuvres internes, après l'extraction du siège.

Nous n'avons point à énumérer les interventions à la suite desquelles on observe souvent de grandes déchirures du col, car toutes, qu'elles soient uniquement manuelles ou instrumentales, risquent de produire ces lésions. Nous voulons plutôt indiquer les points généraux, qui permettent d'expliquer pourquoi ces interventions sont plus ou moins dangereuses suivant les cas.

Un premier point, d'importance capitale en pratique, réside dans ce fait, que toutes les interventions intra-utérines menacent gravement l'intégrité des parties molles maternelles, lorsqu'elles sont pratiquées avant la dilatation complète de l'orifice.

Pas d'applications de forceps à travers un orifice incomplètement dilaté ! pas de manœuvres brutales pour extraire la tête dernière, lorsque l'enfant s'est

présenté par le siège décomplété mode des fesses, et que la tête plus volumineuse que le reste du corps ne peut franchir l'orifice, au travers duquel le tronc a pu glisser, en raison même de ses moindres dimensions en circonférence !

On ne doit extraire l'enfant hors de l'utérus par la voie vaginale, qu'après s'être assuré que l'orifice est complètement dilaté, ou complètement dilatable. Il faut que la voie soit ouverte : si elle ne l'est pas, on doit la préparer avec un ballon, à la rigueur avec la main.

En second lieu, l'intervention doit toujours être faite avec lenteur, pour ménager l'intégrité des parties molles. Bien des interventions intra-utérines, bien des extractions faites à la dilatation complète, ont produit des désastres, parce qu'elles ont été faites avec brusquerie.

C'est une règle générale en obstétrique, plus peut-être qu'en chirurgie, pour aller vite, il faut aller doucement et nous avons toujours été frappé de la lenteur avec laquelle nos maîtres procédaient à l'extraction des enfants, soit à l'aide de forceps, soit par la version, par manœuvres internes.

Il faut rejeter toutes les interventions instrumentales sur le col, si l'on veut se mettre à l'abri des déchirures, remontant sur le segment inférieur de l'utérus et compromettant à distance la vie de la mère ou sa fonction de reproduction par les cicatrices qu'elles déterminent.

Pas d'incisions du col à la Dührsenn, pas de dila-

tation mécanique avec l'instrument de Tarnier, de Bossi, etc...

Il est enfin, un principe général de thérapeutique obstétricale, auquel il ne faut jamais faillir. Chaque fois que l'enfant est mort, dit notre maître, le professeur Pinard, terminez l'accouchement aux dépens de l'organisme fœtal, pour sauvegarder au maximum, l'intégrité des parties molles maternelles.

Si l'enfant se présente par l'extrémité céphalique, faites la basiotripsie ; par l'épaule, l'embryotomie ; par le siège, une application de basiotribe ou de crochet.

Et cependant, quand les accoucheurs ne se sont pas exactement conformés aux principes généraux de thérapeutique que nous venons de passer en revue, il y aura encore de grandes cicatrices du col, consécutives à l'accouchement ; c'est que les déchirures étendues du col et les cicatrices qui leur succèdent ne sont pas uniquement d'origine instrumentale et ne proviennent pas toutes d'interventions.

L'accouchement spontané, en est également la cause dans des circonstances particulières, qu'il convient maintenant d'étudier.

On a discuté pendant longtemps, à propos de la rigidité du col, et on a soigneusement étudié, les caractères différentiels entre trois variétés de rigidité : la rigidité pathologique, la rigidité anatomique et la rigidité spasmodique.

Toutes ces distinctions, se sont singulièrement éclairées depuis les travaux de M. Wallich. A la

suite de cet auteur, tout le monde est d'accord aujourd'hui, pour admettre que, en dehors des cas de fibrome, de cancer, etc., en un mot des cas, dits de rigidité pathologique, le col ne saurait être un obstacle à l'expulsion du fœtus. Il n'y a point de fibres musculaires dans la portion vaginale du col (MM. Wallich, Fioux, etc.).

On ne peut donc voir, dans leur contracture, une cause à la non-dilatation de l'orifice utérin pendant le travail.

Il y a seulement, comme l'a bien montré M. Wallich, des cas, dans lesquels, un des agents physiologiques habituels de dilatation faisant défaut et le travail traînant en longueur, le col s'infiltré, par suite de troubles circulatoires survenant dans sa paroi. Le col infiltré et œdématié perd son élasticité. Il ne peut plus se dilater sans se déchirer ; c'est en effet une règle générale de pathologie, que les tissus infiltrés ont perdu la faculté de se laisser distendre et ne peuvent plus céder, aux pressions qu'ils subissent, autrement que par rupture.

La déchirure du col qui survient dans ces conditions, est habituellement étendue ; ce peut être une déchirure, allant de l'orifice à l'insertion vaginale ou au-dessus, ou bien une déchirure circulaire, détachant le col comme une calotte (MM. Wallich, Bouffe de Saint-Blaise).

§ 2. *De l'influence de la septicité du milieu*

La cicatrisation des déchirures du col, est soumise aux mêmes lois que la cicatrisation des plaies en général.

Sous ce rapport, une distinction des plus importantes, doit être établie suivant que la cicatrisation se fait dans un milieu aseptique, ou dans un milieu septique. Lorsque la cicatrisation se fait dans un milieu aseptique, le processus naturel n'est point entravé, il y a réunion par première intention.

Pour les déchirures du col, cela aboutit à la production d'une muqueuse souple, sur la partie des lèvres de la déchirure qui ne se réunit pas.

Quand, au contraire, la cicatrisation, se fait dans un milieu septique, il se forme du tissu fibreux, indolaire, trace de la suppuration à laquelle succède le processus de cicatrisation. Ce tissu fibreux jouit, quand il est jeune, de la faculté de se rétracter.

Cette constatation joue un rôle capital, dans la production de l'atrésie du col.

## CHAPITRE III

### Étude clinique de l'atrésie du col consécutive à l'accouchement

---

§ 1. *La symptomatologie de l'atrésie cicatricielle du col de l'utérus consécutive à l'accouchement est dominée par l'absence de règles.*

En même temps, à l'époque correspondante aux règles, la femme ressent des douleurs dans le bas ventre et dans les reins. Ces douleurs peuvent être assez violentes, pour l'empêcher de continuer à se livrer à ses occupations et l'obliger à garder le lit.

Quelques troubles nerveux, *malaises généraux, irritabilité excessive*, etc., complètent le tableau clinique.

En somme, c'est l'aménorrhée qui constitue le grand symptôme dominant, c'est lui qui attire le plus l'attention de la femme et l'amène à consulter.

Mais ce signe n'a toute sa valeur que dans certaines conditions et nous devons d'abord établir dans quels cas, on peut observer l'aménorrhée après l'accouchement.

a) Les rapports entre la menstruation et l'allaitement sont maintenant bien établis, particulièrement grâce aux travaux de M. Pinard et de ses élèves.

On peut admettre en règle générale qu'au cours du premier allaitement, les règles réapparaissent vers le cinquième ou sixième mois.

Au cours du second allaitement, le retour de couches a lieu vers le huitième ou neuvième mois.

C'est seulement au troisième allaitement que la femme se montre « nourrice parfaite » et n'a pas ses règles.

Mais ce ne sont là que des moyennes. Il y a dans la pratique de nombreuses exceptions et il est bien des femmes qui se montrent nourrices parfaites dès le premier allaitement.

D'après cela, on voit que l'attention du médecin ne peut guère être attirée, par l'absence du retour de couches, que chez la femme qui n'allait pas.

b) L'absence, ou du moins le retard prolongé du retour de couches, peut encore tenir à des causes générales auxquelles il convient de songer toujours lorsqu'on a été consulté par une femme récemment accouchée et qui s'inquiète de ne pas voir révenir ses règles.

Le rôle de l'obésité en particulier est aujourd'hui bien élucidé.

Nous avons vu pendant notre stage à la clinique Baudelocque, une femme obèse, n'ayant plus ses règles que très irrégulièrement, et chez laquelle,

l'amaigrissement provoqué par le régime lacté prescrit par M. Pinard s'accompagna d'une régularisation parfaite de la menstruation.

En opposition à l'obésité, nous citerons des maladies qui s'accompagnent d'amaigrissement, et en particulier : la tuberculose.

Le rôle de cette dernière comme cause d'irrégularité des règles est trop connu pour que nous ayions à y insister.

c) Il y a des cas vraiment très rares et très curieux, et dont la nature est encore inconnue à l'heure actuelle.

A la suite d'un accouchement, les règles se suppriment pendant un temps plus ou moins long et sans cause apparente.

Cette disparition de la menstruation ne marche pas toujours de pair avec une cessation de l'ovulation, et les femmes peuvent devenir enceintes.

d) Il va de soi qu'*ayant à rechercher les causes d'une aménorrhée chez une femme qui est dans la période d'activité génitale, on devra toujours et avant tout songer à la grossesse.*

Celle-ci peut exister bien que la femme ne soit accouchée que depuis quelques semaines et bien qu'elle allaite.

Si nous éliminons les cas rares d'aménorrhée ou de menstruation irrégulière, dus à des troubles généraux de la nutrition ou à une atrésie du col et ceux où aucune cause appréciable ne peut être relevée, nous dirons, qu'en dehors de l'allaitement, l'absence

du retour de couches fait songer à la grossesse.

## § 2 *De l'hématométrie symptomatique*

L'atrésie du col, telle que nous l'étudions, rend impossible l'écoulement du sang menstruel. Ce sang s'accumule dans la cavité utérine et la distend; ainsi se trouve constituée une hématométrie symptomatique.

L'hématométrie se manifeste alors par des signes spéciaux.

L'utérus est augmenté de volume, c'est le caractère le plus frappant, celui qui attire d'abord l'attention. Cette augmentation de volume suit une marche assez particulière.

Le sang s'accumule dans la cavité de l'organe, qui augmente d'abord progressivement. Mais la paroi utérine, qui n'a pas subi les mêmes modifications que pendant la grossesse, oppose à un moment donné une résistance à tout accroissement ultérieur. A ce moment, le volume de l'organe reste sensiblement stationnaire.

Cependant, à l'époque des règles, il se produit une poussée, il y a exagération de volume. Puis, la période menstruelle passée, l'utérus reprend le même volume qu'auparavant.

La consistance de l'utérus distendu par le sang des règles, présente des caractères de fermeté et de rénitence, qui rappellent beaucoup la consistance de l'utérus gravide.

Cette consistance subit des variations à l'époque correspondante aux règles : à ce moment, en même temps qu'il augmente de volume, l'utérus durcit considérablement. L'époque menstruelle passée, la consistance redevient ce qu'elle était auparavant.

De l'étude clinique que nous venons d'esquisser, il ressort un point particulièrement intéressant en pratique. Au point de vue fonctionnel, comme au point de vue des signes cliniques, rien ne ressemble plus à une grossesse au début, qu'une atrésie du col après l'accouchement.

C'est là le point le plus délicat du diagnostic et cette difficulté du diagnostic ressortira encore davantage, lorsque nous aurons rappelé, que de l'avis des chirurgiens, même après la laparotomie, alors que l'on a l'utérus sous les yeux, il est difficile de dire si l'hypertrophie de l'organe est due à une rétention du sang menstruel ou à la présence d'un produit de conception.

La marche seule des événements peut faire le diagnostic. Mais cette marche n'est d'abord pas très capable d'éclairer la situation. En effet, ayant songé d'abord à une grossesse, le médecin qui constate que l'utérus n'augmente plus de volume persiste dans son opinion première et s'explique à lui-même le fait, en pensant que l'œuf contenu dans l'utérus est mort et a cessé de se développer. Et c'est seulement, quand il voit cette pseudo-rétention du produit de conception se prolonger d'une façon anormale, qu'il reconnaît son erreur première de diagnostic.

§ 3. *Le seul signe caractéristique de l'atrésie du col est fourni par l'examen direct du col, et la constatation que l'orifice du col est complètement absent et rempli par un tissu cicatriciel dur et résistant.*

Mais, à ce point de vue, il nous faut remarquer un fait particulièrement intéressant. L'occlusion du canal cervical par le tissu de cicatrice, ne commence pas toujours par l'orifice externe. Pendant un certain temps, l'orifice externe paraît perméable, alors qu'il existe en un point du canal cervical une occlusion complète, empêchant l'écoulement du sang menstruel.

L'observation suivante est un type des difficultés auxquelles on se heurte en pratique pour établir le diagnostic.

### OBSERVATION III

(M. Sauvage, chef de Clinique à la Faculté.)

(Inédite).

Femme de trente-six ans, présentant toutes les apparences d'une bonne santé et disant n'avoir jamais été malade. Réglée depuis l'âge de dix-sept ans, régulièrement toutes les quatre semaines, pendant cinq ou six jours, douloureusement pendant les trente-six premières heures. Premiers rapports à l'âge de vingt ans. Malgré son très vif désir d'avoir des enfants, cette femme reste pendant quinze ans sans être fécondée.

Elle finit cependant par devenir enceinte, et ses règles se montrent pour la dernière fois, avec leurs caractères habituels, du 24 au 29 novembre 1903.

La grossesse évolue sans incidents, et le travail débute le 26 septembre. Il s'accompagne d'une série de complications, au sujet desquelles, la sage-femme qui surveillait l'accouchement, nous a remis une note détaillée qui peut se résumer ainsi :

26 septembre. — Les premières contractions utérines douloureuses apparaissent vers 6 heures du soir. Rapidement, elles deviennent énergiques et fréquentes.

A 11 heures, le col est effacé ; l'orifice a déjà les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Le travail s'annonce comme devant marcher très rapidement. La sage-femme est seulement inquiète de constater que, malgré l'absence d'étroitesse du bassin, appréciable au toucher, la tête reste mobile au-dessus du détroit supérieur.

27 septembre. — Pendant la matinée, les contractions sont bien moins fréquentes que la veille ; c'est seulement à 2 heures du soir que l'orifice atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Dans l'après-midi, le travail s'arrête presque complètement. Pendant la soirée et pendant la nuit, quelques contractions espacées n'aboutissent qu'à rompre précocement les membranes. Des injections vaginales chaudes et des bains donnés toutes les deux heures restent sans efficacité sur la contraction de l'utérus.

26 septembre. — Le matin, le travail semble reprendre ; les contractions deviennent assez énergiques et bien plus rapprochées. Le sommet s'engage en position gauche, variété antérieure ; l'orifice atteint presque les dimensions d'une paume

de main. On a un moment l'espoir que l'accouchement se terminera à bref délai.

Mais bientôt, tout s'arrête de nouveau ; les douleurs ne reviennent plus que toutes les demi-heures ; les bords de l'orifice deviennent épais et durs.

La femme, très fatiguée, supplie qu'on en finisse et qu'on la délivre. Un médecin est appelé, il vient deux fois dans la journée, et chaque fois, refuse d'intervenir parce qu'il juge l'orifice insuffisamment dilaté. Vers le soir, les bruits du cœur sont encore perçus ; ils sont très accélérés.

29 septembre. — La femme, que des douleurs peu intenses mais énervantes ont privé de repos pendant toute la nuit, semble à bout de forces.

La température, normale jusque-là, est à 38°5 ; les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus. Médecin et sage-femme tombent d'accord pour prescrire le transport d'urgence dans un hôpital.

Lorsque j'examinai cette femme, quelques instants après son arrivée à la clinique Baudelocque, le jour même vers midi, je la trouvai dans un état grave, les traits grippés, la langue sèche, le pouls battant à 150, avec une température axillaire de 39°5 et la respiration à 38 par minute.

Une odeur infecte se dégageait par la vulve. Les gaz dus à la putréfaction de l'œuf distendaient l'utérus, qui présentait dans toute son étendue une sonorité tympanique, et dont le fond remontait à 41 centimètres au-dessus du pubis.

A travers l'orifice utérin à bord épais, infiltrés et dilatés comme une paume de main, le doigt arrivait sur la tête du fœtus engagée dans la partie haute de l'excavation.

Les os du crâne chevauchaient considérablement dans toute l'étendue des sutures accessibles au toucher.

Le diagnostic s'imposait, et avec lui, l'indication d'évacuer l'utérus le plus rapidement possible.

Dans le but de terminer l'accouchement uniquement aux dépens de l'enfant, et en sauvegardant l'intégrité des parties maternelles, je pratiquai la basiotripsie.

L'intervention ne présenta aucune particularité, si ce n'est peut-être sa grande simplicité. Une des cuillers fut appliquée sur l'œil, l'autre sur la mastoïde de l'autre côté. Après le broiement, le diamètre transversal maximum de la tête aplatie, mesuré au compas d'épaisseur, n'était plus que de 40 millimètres.

Je signalerai en passant, que l'application des cuillers et la réduction de volume de la tête étaient si typiques que, le lendemain de l'intervention, je faisais photographier la tête avec le basiotribe en place, dans le but d'avoir un document figurant une prise instrumentale heureuse.

L'extraction de la tête broyée et celle du tronc du fœtus ne présentèrent pas de difficultés.

L'enfant pesait 3.300 grammes sans matière cérébrale.

Derrière lui sortirent des gaz et des liquides d'odeur repoussante.

Ayant attendu que l'utérus fût bien rétracté et fût même déjà contracté, suivant le conseil qu'en donne M. Pinard, je pratiquai la délivrance artificielle. Après l'extraction du placenta, j'introduisis la main dans l'utérus, pour me rendre compte de l'état des parties molles ; il y avait seulement quelques déchirures du col, qui ne dépassaient pas l'insertion vaginale. Un grand lavage de l'utérus termina l'intervention.

Les suites immédiates furent marquées, pendant les cinq premiers jours, par des élévations de température, le soir, entre 38°3 et 39°8, et par la fétidité des lochies. Des injections intra-utérines furent pratiquées. A partir du sixième jour, la température revint définitivement à la normale et le 16 octobre la femme quittait l'hôpital, semblant complètement guérie.

Le 15 février 1905, cette femme revient à la Clinique. Elle a recouvré ses forces, et présente toutes les apparences d'une parfaite santé. Mais elle est inquiète de n'avoir pas eu de retour de couches, et d'éprouver par intervalles, des douleurs dans le ventre.

A l'examen, je trouve le corps de l'utérus manifestement augmenté de volume, formant une tumeur régulière et molle, dont le fond est à deux travers de doigt au-dessus du pubis et dont la partie basse déborde le col.

Les résultats de l'examen semblent tout à fait caractéristiques.

Je pense qu'il s'agit d'une grossesse, et j'accueille avec scepticisme les affirmations de la femme, qui dit n'avoir pas eu de rapports depuis son accouchement.

Le 22 avril, seconde consultation. Aux époques correspondantes aux règles, il y a eu des douleurs dans le bas ventre, quelques malaises généraux et un peu de gonflement des seins, mais aucun écoulement.

Je constate à nouveau l'augmentation de volume de l'utérus, dont le fond est à trois travers de doigt, au-dessus du bord de la symphyse. Mais je remarque que cette augmentation est à peine plus marquée que lors de mon premier examen, qui date déjà de plus de deux mois, et je pense que l'œuf est peut-être arrêté dans son développement.

Je demande conseil à M. Pinard qui, après avoir constaté, que l'utérus présente des modifications, comme dans le cours de la gestation, recommande à la femme de revenir régulièrement à la Clinique, pour y être exactement surveillée.

28 mai. — L'utérus est nettement moins volumineux qu'à l'examen précédent, et je ne doute plus qu'il ne s'agisse de la rétention d'un œuf mort.

Deux mois et demi s'écoulèrent sans que la femme revînt, et j'avais fini par croire qu'elle avait expulsé son œuf chez elle, lorsque je la vis reparaître, le 8 août, racontant qu'elle n'avait rien remarqué de particulier depuis sa dernière visite, si ce n'est qu'à l'époque des règles, toujours absentes d'ailleurs, elle avait ressenti des douleurs tellement violentes dans le bas ventre et dans les reins, qu'elle avait dû garder le lit chaque fois pendant deux jours.

Il était surprenant que la rétention de l'œuf durât encore, et commençant à penser que j'avais fait sans doute une erreur de diagnostic, je procédai à un examen minutieux. Tout semble d'abord être dans le même état que précédemment.

L'utérus est toujours augmenté de volume et de consistance élastique et rénitente ; son fond est seulement un peu plus élevé qu'au mois de mai. Mais mon attention est bientôt attirée par une constatation nouvelle. Le col, qui jusque-là avait paru normal, est maintenant de consistance très dure, percé d'un orifice étroit, à bords rigides. L'idée me vient que le canal cervical est peut-être oblitéré par du tissu de cicatrice, et que c'est le sang des règles qui distend la cavité utérine.

M. Wallich, qui suppléait alors M. Pinard, me fait remarquer combien cette idée est hypothétique, et me fait constater au spéculum que le col est percé d'un orifice étroit, il est vrai,

mais parfaitement perméable et dans lequel on peut apercevoir un peu de la muqueuse qui tapisse le canal cervical.

C'est seulement deux mois après, que le diagnostic peut enfin être affirmé.

Le 14 octobre, je constate que le col ne présente plus aucune trace d'orifice. Le museau de tanche, examiné au spéculum, a l'aspect d'un cône, portant à son sommet une cicatrice blanche, linéaire et transversale, d'où partent, en rayonnant, quelques tractus, qui remontent vers l'insertion vaginale, sans l'atteindre.

L'un de ces tractus part de l'extrémité gauche, l'autre de l'union du tiers externe gauche, avec le tiers moyen de la cicatrice. Le premier occupe la région de la commissure; l'autre chemine obliquement sur la lèvre postérieure, en se rapprochant de la ligne médiane. Deux autres petites traînées de tissu cicatriciel occupent la commissure droite et la lèvre antérieure, complétant l'aspect étoilé de cicatrice. La lèvre antérieure du col étant saisie avec une pince à griffes, j'essaie d'introduire la pointe de l'hystéromètre à travers la cicatrice. Malgré une pression assez énergique, je n'arrive à effondrer nulle part le tissu cicatriciel.

La malade fut gardée dans le service, et, trois jours après sa rentrée, à l'époque correspondante des règles, elle fut prise de douleurs très violentes dans le ventre, avec vomissements bilieux et alimentaires. Ces accidents s'accompagnèrent d'une augmentation très considérable du volume de l'utérus, qui dépassa celui de deux poings d'adulte. Au bout de quelques jours, ces accidents disparurent et l'utérus reprit ses dimensions.

Le 25 octobre, M. Potoki intervint pour rétablir la perméabilité du canal cervical. Le col représentait un moignon cica-

triciel plein, dans lequel il fut impossible de retrouver la trace du canal, si ce n'est au voisinage immédiat de l'orifice interne.

Au moment de la pénétration d'une sonde dans la cavité du corps de l'utérus, il s'écoula une notable quantité de sang noir et visqueux, sans caillots.

Les règles reparurent pour la première fois du 6 au 12 janvier et s'accompagnèrent de l'expulsion d'une grande quantité de sang noir.

Depuis, les règles sont revenues régulièrement, toutes les quatre semaines. Elles durent cinq ou six jours et sont seulement plus abondantes qu'avant la grossesse.

La femme a été revue plusieurs fois depuis l'opération ; la dernière fois le 10 juin 1906.

L'utérus est revenu à son volume normal. L'orifice cervical se présente sous l'aspect d'un large fente transversale allant d'un cul-de-sac à l'autre.

## CONCLUSIONS

I. — L'occlusion complète du canal cervical par du tissu de cicatrice survient très exceptionnellement à la suite de l'accouchement.

II. — L'atrésie est alors due à la cicatrisation des déchirures du col. Ces déchirures sont préparées par l'œdème et l'infiltration pendant le travail. Elles sont surtout déterminées par les interventions manuelles ou instrumentales, faites à tort ou à raison (basiotripsie), à travers un orifice utérin, qui n'est pas complètement dilaté.

III. — L'atrésie se caractérise, au point de vue fonctionnel, par la non-réapparition des règles après l'accouchement, chez des femmes qui n'allaitent pas, et chez lesquelles il n'existe aucune cause générale d'aménorrhée.

IV. — La rétention du sang menstruel dans la cavité utérine détermine une hématométrie, qui en impose pour une nouvelle grossesse.

V. — Le seul signe pathognomonique est la constatation de l'absence d'orifice, sur le col examiné au

spéculum, et son remplacement par une cicatrice résistante.

VI. — Le traitement consiste dans l'hémisection du moignon cicatriciel qui représente le col, jusqu'au point où le canal cervical peut être retrouvé.

---

Vu : le Président de la thèse :

PINARD

Vu : le Doyen,  
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

## BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — Traité pratique de gynécologie.  
BONNET et PETIT. — Traité pratique de gynécologie.  
BOYER. — Thèse Paris, 1890.  
CAZEAUX. — Traité d'accouchement.  
CHABRY. — Thèse Paris, 1898.  
DEPAUL. — Arch. de tocologie, 1876.  
DOLÉRIS et PICHEVIN. — Maladies des femmes, 1901.  
Dictionnaire Dechambre.  
Dictionnaire Jaccoud.  
JAYLE. — Bulletins de la Société de l'Internat des Hôpitaux de  
Paris (26 octobre 1905).  
POZZI. — Traité de gynécologie.  
POLAILLON. — Maladies des femmes, 1901.  
RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.  
TARNIER et BUDIN. — Traité d'accouchement.  
TAURIN. — Thèse Paris, 1895.  
WALLICH. — Société d'obstétrique.